

Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto-percebida de cuidadores¹

Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino

University of Kansas Medical Center

Carolyn M. Aldwin

Oregon State University

Beatriz Helena Domingos Oliveira

Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi examinar se percepção de benefícios no cuidar de idosos e religiosidade poderiam atuar como variáveis mediadoras na relação entre estresse do cuidador, saúde auto-percebida e tensão emocional relatada. A amostra consistiu de 345 cuidadores com idade variando entre 64 e 88 anos ($M= 42,35$; $DP= 5,2$), integrantes do *Caregiver's Health Effect Study*, um dos componentes do *Cardiovascular Health Study*. O método de *path* análise identificou que, como esperado, o estresse das demandas ambientais apresentou uma relação indireta com saúde física percebida dos cuidadores. Religiosidade e estresse das demandas ambientais foram mediados pela percepção de benefícios na atividade de cuidar de idoso, resultando na diminuição da tensão emocional, a qual teve relação direta com saúde percebida. Nos grupos de baixo nível educacional, especificamente, encontrou-se que religiosidade teve um efeito direto sobre saúde auto-percebida. Os resultados sugerem assim que um importante foco na intervenção com cuidadores seria a percepção de benefícios na atividade de cuidar de idosos, devido a sua função protetora na saúde física e emocional.

Palavras-chave: cuidadores de idosos; estresse; percepção da saúde.

ABSTRACT

Moderators of the stress effects on caregiver's self-perceived health

The purpose of this study was to examine whether perceived benefits of caregiving and religiosity could mediate the relationship between caregiver stress and emotional strain on self-perceived health. The sample consisted of 345 caregivers between 64 and 88 years old ($M= 42,4$; $SD= 5,2$), from the Caregiver's Health Effect Study, one of the Cardiovascular Health Study components. Path analysis method identified that, as expected, stress of environmental demand had an indirect impact on self-perceived health. Religiosity and stress of environmental demands were mediated by perceived benefits in caregiving, further reducing emotional strain which had a direct impact on self-perception health. In the low socioeconomic status group, specifically, had been found direct effect of religiosity on self-perceived health. Thus, the results suggest that an important scope of intervention with caregivers it would be the perceived benefits in caregiving activities, due to its protective function in the physical and emotional health.

Keywords: caregiving; stress; perceived-health.

O processo de cuidar implica muitas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais. Os impedimentos dos idosos que recebem o cuidado, a restrição do tempo para si próprio em função do outro, a sobrecarga de trabalho, são alguns dos fatores que podem ser estressantes para o cuidador e implicar em pior saúde física e emocional do mesmo.

O estresse no cuidar de idoso pode ter diversas conseqüências na saúde e bem-estar do cuidador. Os cuidadores sob estresse tendem a relatar maiores índices de sintomas depressivos, ansiedade, maior uso de psicotrópicos, menor satisfação com a vida, maior número de sintomas relacionados ao estresse psicológico e pior avaliação subjetiva da saúde (Kinney &

Stephens, 1989; Pearlin, Mullan, Semple e cols., 1990; Pruchno & Potashnik, 1989; Schulz, O'Brien, Bookwala e cols., 1995).

Ressalta-se que, existem diferentes mecanismos implicados na relação existente entre pior status emocional e avaliação subjetiva da saúde. Kiecolt-Glaser e Glaser (1994) encontraram que as tarefas do cuidado de idosos podem ter um efeito direto sobre a saúde, uma vez que o estresse de cuidar está relacionado com uma piora nas respostas do sistema imunológico. Diferentemente, o efeito na saúde do cuidador pode ser indireto, ou seja, mediado por outros fatores negativos como, por exemplo, a depressão. Pruchno, Kleban, Michales e cols. (1990) sugeriram que a depressão crônica entre cuidadores poderia estar relacionada a uma tendência a negligenciar sua própria saúde e cuidado, conseqüentemente implicando em uma piora da saúde como um todo. No presente estudo, foi encontrada maior incidência de diabetes, artrites, úlceras e anemia entre cuidadores do que entre idosos na comunidade.

A relação cuidar, estresse e saúde do cuidador pode ser intensificada ainda por fatores como, quantidade de assistência requisitada pelo paciente (Schulz e cols., 1997), tipo de relação familiar, processos cognitivos de avaliação e enfrentamento do estresse, bem como características individuais, sociais e culturais. Schulz e Beach (1999) encontraram que as pessoas com parceiros incapacitados tiveram risco de mortalidade dobrado comparados àqueles que têm parceiros saudáveis. Contudo, Neri e Carvalho (2002) apontam que nem todos os cuidadores desenvolvem doenças ou esgotamento por estresse, o que sugere a existência de variáveis protetoras mediando a relação entre estresse e saúde em cuidadores.

Estudos vêm apresentando uma tendência a privilegiar a descrição de uma linearidade vinculando atividade de cuidador de idosos com uma resposta única, de piora na saúde emocional e física, enfatizando assim o impacto negativo do estresse. Contudo, há estudos apontando que a maioria dos indivíduos tende a relatar experiências positivas, mesmo diante de um evento estressante severo (Aldwin, Sutton & Lachman, 1996; Neri & Sommerhalder, 2001; Tedeschi & Calhou, 1996). Em um estudo populacional, Schulz e cols. (1997) observaram que 56% dos cuidadores não relataram experiências de tensão associada às atividades de cuidar de idoso. Na mesma direção, Townsend, Noelker, Deimling e cols. (1989) encontraram que a saúde mental de cuidadores de idosos tendeu a melhorar com o passar do tempo.

Lawton e cols. (1992) testaram uma hipótese de *canal paralelo* na qual os aspectos positivos e negativos relacionados a prática de cuidar de idosos poderiam coexistir tanto independentemente quanto simultaneamente. Os autores, concluíram que afeto positivo está relacionado a aspectos de crescimento pessoal frente às atividades de cuidar de idosos, enquanto afeto negativo (como, por exemplo, a depressão) está fortemente associado com a sobrecarga emocional relatada. Riedel, Fredman e Langenberg (1998) encontraram no período de um mês após o paciente cuidado receber alta do hospital, presença de percepção de benefícios nas atividades de cuidar, resultando num efeito protetor frente ao estresse para o cuidador. Desta forma, apesar de estudos identificarem o impacto negativo do estresse do cuidador na saúde, existe também a possibilidade de que cuidadores percebam benefícios ao cuidar de seus parceiros/as protegendo-se assim dos efeitos negativos do estresse na saúde (Neri & Sommerhalder, 2001).

Na amostra total do *Caregiver Health Effect Study* (Schulz & Beach, 1999), estratificou-se as análises em grupos de cuidadores sem doenças, com doenças subclínicas e com doenças. Ainda, de acordo com o perfil de incapacidade dos parceiros: parceiro sem incapacidade, sem ajudar o parceiro, ajudando o parceiro sem tensão, e ajudando o parceiro com tensão. Observou-se que adultos que cuidavam de seus parceiros e relatavam tensão associada a esta atividade, tiveram um risco aumentado de mortalidade. Interessante ressaltar que, aqueles que não cuidavam de seus parceiros tiveram risco similar àqueles que cuidavam de seus parceiros/as, mas não relataram tensão associada às atividades de cuidar. Estes dados sugerem que o relato de tensão emocional é uma variável central no aumento da mortalidade observada entre cuidadores de parceiros/as incapacitados.

Estudos observaram que a rotina de cuidar de idosos foi avaliada tanto como um aborrecimento como um fator de crescimento pessoal, por cuidadores de idosos portadores da Doença de Alzheimer e derrame cerebral. Além disto, a avaliação positiva e negativa feita pelos cuidadores foi influenciada pelas características do paciente tais como o tipo de doença e ou comprometimento do mesmo (Kinney e cols., 1995; Kinney & Stephens, 1989).

Sendo assim, o estresse pode levar tanto a resultados positivos quanto negativos, dependendo de variáveis mediadoras (Aldwin, 1994; Hobfoll & Lilly,

1993; Lawton, Rajopogal, Brody e cols., 1992). Quanto aos fatores que podem estar relacionados com experiências positivas decorrentes do estresse, estes permanecem como um desafio, contudo, religiosidade e a percepção de benefícios nas atividades de cuidador parecem desempenhar um papel importante nesta relação.

Religiosidade é uma das estratégias de enfrentamento do estresse mais utilizadas entre idosos (Koenig, 1992; Pargament, 1997), especialmente por aqueles envolvidos em atividade de cuidar (Vitaliano e cols., 1991). Pearlin, Aneshensel, Mullan e cols. (1994) encontraram que fé em Deus estava relacionada a uma aceitação da situação de estresse crônico, contribuindo para uma diminuição dos níveis de desconforto provocados pelo estresse. Segundo Rabbins e cols. (1990), forte crença religiosa foi um fator relacionado com a adaptação emocional entre cuidadores em situação de estresse crônico. Braan e cols. (1997) também encontraram que religiosidade pode funcionar como uma proteção frente ao estresse, diminuindo o relato de depressão na presença de estresse crônico e tensão. Estes pesquisadores encontraram ainda que cronicidade e presença da depressão foram mais altos nos grupos não religiosos, particularmente entre aqueles com maior nível de estresse. A religiosidade parece ter um papel importante também na saúde física (Levin & Vandrepol, 1987). Hixson, Gruchow e Morgan (1998) relataram que religiosidade teve um efeito direto na pressão arterial, mesmo quando esta não foi mediada por variáveis comportamentais e atitudes preventivas para saúde.

Outra importante variável, que tende a relacionar-se à religiosidade e saúde física, é o nível socioeconômico. Em estudo desenvolvido em um município da Califórnia (*Alameda County*), os grupos de nível socioeconômico baixo (menos de 12 anos de escolaridade) relataram ter religiosidade com maior frequência do que outros grupos socioeconômicos (Strawbridge, Cohen, Shema e cols., 1997), e entre aqueles que frequentavam atividades religiosas, foram encontrados menor índice de mortalidade. Em uma amostra sueca, religiosidade foi um fator protetor importante para mortalidade, especialmente entre aqueles de baixo nível social avaliado por uma escala de prestígio profissional (Ljugquist & Sundstrom, 1996). Estes dados sugerem que indivíduos de níveis sociais menos favorecidos podem se beneficiar mais do efeito protetor que a religiosidade apresenta frente à saúde. Porém, este fator ainda não foi devidamente examinado em amostras de cuidadores de idosos.

Sendo assim, parece haver muitas variáveis implicadas na relação entre estresse na atividade de cuidar e saúde percebida. O presente trabalho ocupar-se-á da percepção de benefícios, religiosidade e nível educacional como variável representativa de nível socioeconômico.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi identificar a influência da percepção de benefícios na atividade de cuidador de idosos e da religiosidade enquanto variáveis mediadoras da relação entre estresse e avaliação subjetiva da saúde física, sendo ainda moderados pelo nível socioeconômico. Sendo assim, a proposta deste estudo foi testar possíveis explicações para diferenças individuais frente ao estresse de cuidar de idosos.

Especificamente, testou-se a hipótese de que os mais engajados em religiosidade poderiam perceber mais benefício nas atividades de cuidar, o que por consequência poderia diminuir a tensão emocional associada com estas atividades, implicando em uma melhor auto-avaliação da saúde física. Testou-se ainda, a hipótese de que indivíduos com menor nível socioeconômico poderiam beneficiar-se mais dos efeitos protetores da religiosidade.

MÉTODO

Procedimento

O *Caregiver's Health Study* é um estudo vinculado ao *Cardiovascular Health Study* (CHS) (Schulz e cols., 1995; Schulz & Beach, 1999). Este por sua vez, é um estudo prospectivo elaborado com o objetivo de examinar fatores de risco e processos relacionados com doença cardiovascular em pessoas idosas. O estudo foi iniciado em 1989, com 5.201 homens e mulheres com idade acima de 65 anos recrutados em quatro cidades: Forsyth (Estado da Carolina do Norte), Washington (Estado de Maryland), Sacramento (Estado da Califórnia), e Allegheny (Estado de Pittsburgh).

O recrutamento da amostra do *Caregiver's Health Study* ocorreu em 1997, antes da quarta etapa de avaliação do *Cardiovascular Health Study*. A condição de cuidador foi definida como tendo parceiros com dificuldades em pelo menos uma atividade de vida diária ou atividade instrumental de vida diária, devido a problemas de saúde ou físico ou problemas de confusão mental (Schulz e cols., 1997).

Amostra

A amostra final do *Caregiver's Health Study* consistiu de 819 pessoas (392 cuidadores e 427 não cuidadores). Contudo, o presente estudo utilizou uma amostra de 345 cuidadores que completaram as entrevistas, sendo composta por 183 homens e 162 mulheres, basicamente de origem européia e americana, com idade variando entre 64 e 88 anos de idade ($M=72.35$, $DP=5.23$). A maioria da amostra era protestante ($n=227$), alguns católicos ($n=41$), judeus ($n=28$) e outros tipos de afiliações religiosas ($n=14$).

Instrumentos

Nível educacional – Total de anos de educação formal ($M=13.74$, $DP=4.57$) foi utilizado como uma medida representativa do nível socioeconômico dos cuidadores. Seguindo Strawbridge e cols. (1997), o nível socioeconômico baixo ($n=186$) consistiu de indivíduos que representaram entre 1 a 12 anos de educação formal, e nível socioeconômico alto ($n=159$) para aqueles com mais de 12 anos de educação.

Comprometimento do idoso recebendo cuidado – O comprometimento dos idosos recebendo cuidado foi avaliado por meio de uma escala de atividades de vida diária com itens como, grau de dificuldade para tomar banho, vestir-se, comer e atividades instrumentais de vida diária, tais como usar o telefone, ir às compras, ir ao mercado, pagar contas entre outras. A escala possui um total de 19 itens, os quais somados indicam o grau de comprometimento dos idosos recebendo cuidados ($M=8.73$ e $DP=9.35$), representou também uma medida de estresse vivenciado pelos cuidadores. A escala teve um Alpha de Cronbach de .96.

Religiosidade – A Religiosidade foi avaliada por três itens ($M=8.33$, $DP=2.52$): proximidade de Deus, importância da religiosidade e frequência da atividade de rezar. A questão “Quão próximo você se sente de Deus?” tinha quatro possibilidades de resposta: não acredito em Deus, não muito próximo, próximo e muito próximo. A questão sobre a frequência de oração foi avaliada em uma escala de cinco pontos (nunca, raramente, com certa frequência, frequentemente e alta frequência). Finalmente, participantes avaliaram níveis de importância atribuídas para religiosidade em uma escala de quatro pontos (nenhuma importância, alguma importância, importância moderada e grande importância). Esta escala teve um *alfa* de Cronbach de .80.

Percepção de benefícios – A percepção de benefícios pelo cuidador na atividade de cuidar foi composta de 11 itens dicotômicos. Os itens foram somados ($M=7.96$, $DP=3.24$), e a escala alcançou um *alfa* de Cronbach de .88.

Tensão emocional – Os cuidadores foram primeiros apresentados a uma lista de 29 itens (ver tabela 1), e os itens relatados pelo cuidador, eram avaliados quanto a intensidade de tensão emocional que o determinado comportamento do idoso provocou no cuidador numa escala de três pontos (nenhuma pressão emocional, alguma e bastante).

Avaliação subjetiva da saúde – Cuidadores auto-avaliaram sua saúde ($M=3.22$, $DP=1.14$) usando um item com uma escala de cinco pontos variando desde saúde pobre até excelente. A literatura sobre avaliação subjetiva da saúde tem demonstrado que este item é consistente com a avaliação clínica, e tem sido considerado uma variável preditora de mortalidade mais adequada do que outras medidas de avaliação de saúde (Idler & Kasl, 1991).

RESULTADOS

A religiosidade desempenhou um papel importante na vida dos respondentes. A maioria dos cuidadores desta amostra sentiram-se próximos de Deus (68%), rezavam frequentemente (72%) e consideraram religiosidade um aspecto importante em suas vidas (62%).

A maioria dos cuidadores perceberam benefícios nas tarefas de cuidar de seus parceiros, os itens apontados com maior frequência foram: sentir-se necessário (91%), sentir-se bem com eles mesmos (83%), e sentir-se valorizado (83%). Os cuidadores também responderam que sentem-se úteis (78%), fortes e confiantes (71%) e que também eram capazes de apreciar melhor a vida (77%).

Na tabela 1 estão apresentados os itens referentes à escala de tensão emocional e a frequência de respostas afirmativas para cada item. A seguir são apresentados os percentuais dos itens avaliados, acompanhados da média e desvio padrão de quão estressante os eventos foram avaliados. Os itens considerados como sendo mais estressantes foram: quando o beneficiário do cuidado faz muitas demandas; reage de forma inadequada frente aos outros; envergonha o cuidador; age de forma suspeita e acusando; fica perdido e confuso, tornando-se perigoso em potencial; destrói pertences; e faz coisas que são potencialmente perigosas contra os demais.

Tabela 1: Escala de Tensão Emocional

Com que frequência seu parceiro/a?	O quanto isto implicou em tensão emocional para você?			
	N relatando		% relatando	
	<i>tensão</i>	<i>alguma tensão</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
esquece o que já tinha sido falado	211	52	.68	.71
tem problemas dormindo à noite	186	34	.44	.67
está deprimido	179	69	.93	.75
coloca coisas em lugar errado ou perde	178	178	.59	.71
está sem descansar	153	45	.54	.66
repete as mesmas perguntas	143	65	.83	.70
esquece que dia é hoje	141	26	.34	.61
cai	139	63	.89	.78
é indiferente	113	63	.84	.75
revive situações do passado	109	38	.48	.69
está auto-centrado ou egoísta	109	59	.81	.76
está impulsivo	101	67	.84	.68
está agressivo	96	64	.89	.77
está falante	88	29	.39	.65
está desligado	87	67	.85	.71
faz demandas excessivas	81	89	1.32	.66
não completa tarefas	80	52	.69	.74
reage de forma inadequada frente aos outros	70	66	.88	.75
envergonha você	67	74	1.13	.79
age de forma suspeita ou acusando	64	84	1.17	.67
tem problemas de fala	57	66	.93	.78
não reconhece familiares	54	48	.59	.69
vê e escuta coisas que não existem	52	56	.67	.67
segue você em casa	46	63	.97	.85
esconde coisas	38	55	.76	.78
faz coisas potencialmente perigosas a si	36	83	.30	.74
fica perdido ou confuso	29	90	1.17	.60
faz coisas potencialmente perigosas aos demais	15	87	1.53	.74
destrói pertences	13	69	1.00	.85

A matriz de correlação de todas as variáveis é apresentada na tabela 2, acompanhada da média e desvio padrão. A idade do cuidador correlacionou-se negativamente com total de emocional tensão ($r = -.14$, $p \leq .10$), indicando que pessoas com mais idade tendem a relatar menos tensão. Contudo, idade não correlacionou-se com as outras variáveis, e por este motivo foi retirada das análises posteriores.

Conforme esperado, comprometimento do idoso recebendo o cuidado esteve correlacionado positivamente com tensão emocional ($r = .30$, $p \leq .01$), e negativamente relacionado com percepção de benefícios relatado pelo cuidador ($r = -.14$, $p \leq .01$). Religiosidade esteve positivamente correlacionada com percepção de benefícios no papel de cuidador, ($r = .25$, $p \leq .01$). Por outro lado, percepção de benefícios esteve negativamente correlacionada com tensão emocional ($r = -$

$.19$, $p \leq .01$). Tensão emocional foi a única variável que correlacionou significativamente com avaliação subjetiva da saúde ($r = -.17$, $p \leq .01$). Interessante notar que educação esteve inversamente relacionada com religiosidade e percepção de benefícios na tarefa de cuidar – r 's = $-.11$ e $-.17$, p 's < $.05$, e $.01$, respectivamente. Como esperado, nível educacional esteve associado positivamente com melhor avaliação da saúde física percebida ($r = .17$, $p < .01$).

Em seguida, realizou-se uma *path* análise – forma de análise de regressão que estima a relação causal direta e indireta entre as variáveis (James, Mulaik & Brett, 1982) – utilizando o programa GEMINI (Wolfe & Ethington, 1985), com base nas hipóteses teóricas determinadas *a priori*. O GEMINI é um programa Fortran, o qual requer entrada seqüencial das variáveis no modelo, e não tem pressupostos restritivos como programas do tipo LISREL.

Tabela 2: Matriz de correlação entre todas as variáveis (N= 345)

	1	2	3	4	5	6	7
Comprometimento do idoso recebendo cuidado							
Religiosidade	-.02						
Percepção de Benefícios	-.14	.25**					
Tensão Emocional	.30**	-.06	-.19**				
Avaliação Subjetiva da saúde	-.10	.05	.09	-.17**			
Idade	.11*	.01	.02	-.13**	-.03		
Educação	.06	-.11*	-.17**	.08	.17**	-.07	
M	7.44	8.29	7.94	5.47	3.21	72.35	13.75
DP	5.04	2.52	3.24	8.23	.91	5.20	4.58

Anos de educação formal foi uma variável que representou nível socioeconômico, e nível de comprometimento do idoso recebendo cuidado, representou o estresse na situação de cuidar. Primeiramente, examinou-se a influência do efeito mediador da religiosidade, percepção de benefícios na atividade de cuidador e tensão emocional. Por último, estimou-se a relação de todas estas variáveis com a saúde subjetiva dos cuidadores.

De modo geral, a análise dos *path* explicou 7% da variância na saúde física percebida dos cuidadores [$F(5, 363) = 5.26, p < .001$], dando suporte aos resultados da relação bivariada. Maior comprometimento nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária esteve diretamente associado com maior tensão emocional ($\beta = .27$). Percepção de benefícios na atividade de cuidador, por sua vez, esteve diretamente associada a menos tensão emocional ($\beta = -.15$). Contrário ao esperado, religiosidade não esteve diretamente relacionada com tensão emocional. Interessante notar ainda que, tensão emocional e educação tiveram uma relação direta com avaliação subjetiva da saúde, $\beta_s = -.17$ e $.18$, respectivamente.

Apesar de religiosidade e percepção de benefícios na atividade de cuidador não ter influenciado diretamente a saúde física percebida, apresentaram efeitos indiretos via tensão emocional. Educação teve efeito direto ($\beta = .037$), e um efeito indireto marginal ($\beta = -.001, p < .10$), sobre benefícios percebidos e auto-avaliação da saúde. Comprometimento do idoso recebendo cuidado, religiosidade e percepção de benefícios na atividade de cuidador, tiveram um efeito indireto significativo na avaliação subjetiva da saúde, possivelmente via efeito destas variáveis sobre tensão emocional.

Quanto aos efeitos diretos e indiretos de todas as variáveis sobre tensão emocional, religiosidade teve

efeito indireto ($\beta = -.12, p < .01$), sendo mediado pela variável percepção de benefícios nas atividades de cuidador. Em outras palavras, indivíduos que eram mais religiosos relataram menor tensão emocional somente na situação em que perceberam benefícios nas atividades de cuidador. Interessante notar que, educação não teve um efeito direto sobre tensão emocional, e sim um efeito leve, indireto e positivo ($\beta = .046, p < .05$), mediado pela religiosidade dos cuidadores. Ou seja, indivíduos com maior nível educacional tenderam levemente a serem menos religiosos, o que esteve relacionado com menor percepção de benefícios nas atividades de cuidar e maior tensão emocional.

Resumindo, parece que o efeito entre estresse de cuidar de idosos comprometendo a saúde de cuidadores é indireto, sendo mediado por processos de avaliação de benefícios, os quais afetam o sentimento de tensão emocional relatado pelos cuidadores, e conseqüentemente sua avaliação subjetiva da saúde física.

Análises estratificadas por nível educacional

Como Strawbridge e cols. (1997), estratificamos nossas análises por nível educacional (menos do que segundo grau, $n = 186$; curso superior incompleto ou mais, $n = 159$). Encontramos que religiosidade, percepção de benefícios nas atividades de cuidador e avaliação subjetiva da saúde física variaram entre grupos de alto e baixo nível educacional. Especificamente, aqueles de nível educacional mais baixo foram mais religiosos e tenderam a perceber mais benefícios nas atividades de cuidar, $F(1, 343) = 8.56$ e $8.37, p < .01$, respectivamente, do que grupos de maior nível educacional. Tenderam ainda a avaliar sua saúde como levemente pior, $F(1, 343) = 8.32, p < .001$. Por último, não foram encontradas diferenças significativas em idade, tensão emocional ou comprometimento de idosos recebendo cuidados.

Testou-se ainda o modelo de relação entre religiosidade e percepção de benefícios, na presença de tensão emocional e impacto na saúde física percebida. No grupo de baixo nível educacional, identificou-se que comprometimento do idoso recebendo cuidado esteve negativamente relacionado com percepção de benefícios ($r = -.16, p \leq .05$), e positivamente relacionado com tensão emocional ($r = .29, p \leq .01$); religiosidade esteve positivamente correlacionada com percepção de benefícios com o papel de cuidador ($r = .16, p \leq .05$) e avaliação subjetiva da saúde ($r = .17, p \leq .05$). A avaliação subjetiva da saúde foi correlacionada com todas as variáveis do modelo com exceção de idade. Especificamente, a saúde percebida do cuidador esteve positivamente relacionada com religiosidade ($r = .17, p \leq .05$) e percepção de benefícios ($r = -.16, p \leq .05$), e negativamente relacionada com tensão emocional ($r = -.25, p \leq .01$), e comprometimento do idoso recebendo cuidado ($r = -.15, p \leq .05$). Para o grupo de alto nível educacional, poucas relações alcançaram significância menor ou igual .05. Comprometimento do idoso recebendo cuidado esteve positivamente relacionado com tensão emocional, ($r = .31, p \leq .01$) e idade ($r = .21, p \leq .01$); religiosidade esteve positivamente associado com percepção de benefícios nas atividades de cuidador ($r = .32, p \leq .01$).

Estimou-se os efeitos diretos e indiretos, novamente utilizando os modelos no GEMINI, para cada um dos dois grupos socioeconômicos. Para o grupo de alto nível educacional, o único efeito significativo direto foi entre tensão emocional e avaliação subjetiva da saúde; religiosidade não teve efeito significativo no grupo deste sujeitos. Para o grupo de menor nível educacional, entretanto, o modelo foi fortalecido com a estratificação.

O modelo *path* explicou 17% da variância da avaliação subjetiva da saúde de cuidadores [$F(3, 207) = 10.19, p < .001$]. Conforme foi encontrado no modelo geral antes da estratificação ambos, comprometimento do idoso recebendo cuidado ($\beta = .25$), e percepção de benefícios nas atividades de cuidar ($\beta = -.23$), contribuíram para tensão emocional, nas direções esperadas. Somando a isto, foi encontrada uma relação direta entre religiosidade e avaliação da saúde ($\beta = .14, p < .01$).

Identificou-se os efeitos diretos e indiretos sobre todas as variáveis do modelo causal para níveis educacionais baixos. Contudo, de modo geral, o número de efeitos indiretos diminuiu consideravelmente, quando comparado aos resultados gerais anteriores à estratificação das análises.

DISCUSSÃO

Como encontrado em estudos anteriores, estas análises mostram que o estresse de cuidadores não necessariamente conduz à pior saúde física, mas dependerá de uma complexa interação de variáveis (Cerqueira & Oliveira, 2002; Garrido, 2004; Karch, 2003; Pearlin e cols., 1990; Vitaliano & cols., 1991). Observou-se que maior pressão emocional não esteve associada a pior saúde física, podendo-se inferir assim, que houve um efeito moderador, talvez pela percepção de benefícios na experiência de cuidar, implicando uma diminuição da intensidade do estresse de cuidar.

Quanto aos benefícios percebidos no desempenho da função de cuidador, os resultados também vão ao encontro da literatura, apontando que benefícios percebidos no estresse, ou seja, aspectos positivos do estresse, como importantes para a saúde (Aldwin e cols., 1996). Cuidadores de cônjuges com mais incapacidades foram menos propícios a relatarem benefícios percebidos e relataram maior pressão emocional, a qual por sua vez, relacionou-se a pior saúde auto-percebida. Por outro lado, cuidadores que relataram benefícios percebidos na atividade de cuidar, apresentaram menor pressão emocional, o que esteve associado a melhor saúde auto-percebida. Ressalta-se que, os cuidadores que tenderam a relatar mais benefícios percebidos pela posição de cuidador, foram os mais religiosos e que tinham cônjuges mais saudáveis.

Os resultados corroboram assim, os dados que apontam que o estresse pode conduzir a efeitos positivos dependendo da relação com variáveis mediadoras (Aldwin, 1994). Segundo Kramer (1997), cuidadores apontam a tarefa de cuidar como uma oportunidade de crescimento pessoal. Noonan e Tennstedt (1997) sugerem que encontrar significados na tarefa de cuidar aumenta o bem-estar psicológico. Em adição, Sommerhalder e Neri (2002) encontraram, em um estudo com cuidadoras de idosas no Brasil, que estas reconheciam ganhos no campo psicológico, tais como crescimento pessoal, senso de auto-realização, senso de significado e senso de reciprocidade, e ainda no domínio social, valorização social, satisfação por cumprimento de normas sociais e benefícios às relações familiares.

A religiosidade também é apontada como um fator mediador no processo de cuidar, enquanto fonte de significação para vida, de obtenção de recursos sociais e enfrentamento do estresse (Sommerhalder, 2001; Sommerhalder & Neri, 2002). Em geral, os idosos do

presente estudo relataram altos níveis de religiosidade. Contudo, para grande parte da amostra, religiosidade não esteve associada a diferenças no nível de pressão emocional e saúde percebida. É possível que o impacto da religiosidade na saúde não tenha sido tão grande, como se hipotetizava, devido à baixa variância nas medidas de religiosidade entre cuidadores. Contudo, religiosidade teve um efeito indireto na saúde auto-percebida via benefícios percebidos nas atividades de cuidar, suportando assim o modelo de Pargament (1997), o qual aponta para efeitos da religiosidade na saúde enquanto processo mediador do estresse, como processo de enfrentamento. O alto nível de religiosidade nesta amostra poderia explicar, em parte, porque os cuidadores tenderam tanto a perceber benefícios no desempenho do papel do cuidador.

Hixson e cols. (1998) sugeriram que religiosidade é uma variável relevante na proteção contra efeitos do estresse na saúde auto-avaliada em grupos de indivíduos de baixo nível socioeconômico. Estratificando a amostra por nível educacional, enquanto variável representativa de nível socioeconômico, observou-se que, nos grupos de baixo nível socioeconômico, diferentemente dos resultados para a amostra como um todo, encontrou-se que religiosidade teve um efeito direto sobre a saúde auto-percebida. Porém para os indivíduos alto nível socioeconômico, apenas pressão emocional esteve relacionada à saúde auto-percebida. Assim, corroborou-se pesquisas anteriores, as quais sugerem que religiosidade tem um maior efeito protetor na relação entre estresse e saúde, para indivíduos de baixo estrato socioeconômico (Lijungquist & Sundstrom, 1996; Strawbridge e cols., 1997).

Uma das principais contribuições do presente trabalho talvez consista da identificação de que cuidadores idosos percebem benefícios, mesmo em atividades estressantes ligadas a situação de cuidar, o que talvez possa ser diferente para indivíduos de outras faixas etárias, como em uma amostra de cuidadores mais jovens, por exemplo. Em adição, tal resultado aponta para um importante foco que uma intervenção com cuidadores de idosos deve buscar: a facilitação da percepção de benefícios na atividade de cuidar.

Quanto às limitações deste estudo, não foram controladas variáveis de personalidade, tais como domínio e neuroticismo, ambos apontados pela literatura (Schulz e cols., 1995; Vitaliano e cols., 1990) como importantes variáveis implicadas no processo de estresse percebido, benefícios e impacto do estresse na saúde. Além disso, utilizou-se apenas uma variável (nível educacional) para a estratificação por nível

socioeconômico, o que talvez possa ser suficiente por se tratar de uma amostra de país desenvolvido. Contudo, futuros trabalhos deveriam acrescentar outras variáveis socioeconômicas, tais como rendimento e nível socioeconômico percebido.

Outra limitação refere-se ao uso de dados de corte-seqüencial. Provavelmente, uma pesquisa longitudinal proveria uma melhor compreensão da complexidade do relacionamento entre desafios da posição de cuidador, estresse e seus benefícios, religiosidade e saúde. Além disso, a amostra foi principalmente composta por americanos e europeus, não sendo possível se prever o quanto estes resultados seriam generalizáveis para outros grupos étnicos. Pesquisas futuras deveriam tentar replicar este modelo, longitudinalmente e em amostras mais diversificadas.

Finalmente, a confiabilidade dos dados de saúde auto-percebida devem ser considerados com cautela, sendo um passo preliminar e complementar na investigação das relações entre variáveis. Futuros estudos deveriam examinar se existem efeitos fisiológicos diretos da percepção de benefícios na função de cuidador sobre saúde física, por meio tanto de medidas subjetivas quanto objetivas.

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J. & Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality, 64*, 837-871.
- Braan, A. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Smit, J. H. & Tilburg, W. V. (1997). Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: Results from a community survey in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 199-205.
- Cerqueira, A. T. A. R. & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: Uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP, 13*(1), 133-150.
- Garrido, R. & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública, 38*(6), 835-841.
- Hixson, K. A., Gruchow, H. W. & Morgan, D. W. (1998). The relation between religiosity, selected health behaviors and blood pressure among adult females. *Preventive Medicine, 27*, 545-552.
- Hobfoll, S. E. & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology, 21*, 128-148.
- Idler, E. L. & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journals of Gerontology, 46*, S55-S65.

- James, L. R., Mulaik, S. A. & Brett, J. M. (1982). *Causal analysis: Assumptions, models, and data*. Beverly Hills: Sage.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1994). Caregivers, mental health, and immune function. Em L. Enid & N. George (Orgs.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients: Research and interventions* (pp. 64-75). New York: Springer Publishing.
- Kinney, J. M. & Stephens, M. A. P. (1989). Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology & Aging*, 4, 402-408.
- Kinney, J. M., Stephens, M. A. P. & Norris, V. K. (1995). Stresses and satisfaction of family caregivers to older stroke patients. *The Journal of Applied Gerontology*, 14, 3-21.
- Koenig, H. G. (1992). Religion and mental health in later life. Em J. F. Schumaker (Org.), *Religion and mental health* (pp. 336). Oxford: Oxford University Press.
- Kramer, B. J., (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218-232.
- Lawton, M. P., Rajagopal, D., Brody, E. & Kleban, M. H. (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among black and white families. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, S156-S164.
- Levin, J. & Vanderpool, H. Y. (1987). Is frequent religious attendance really conduct to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Sciences and Medicine*, 24, 589-600.
- Ljungquist, B. & Sundstrom, G. (1996). Health and social networks as predictors of survival in old age. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24, 90-101.
- Neri, A. L. & Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: Aspectos psicossociais. Em E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 778-789). São Paulo, Guanabara-Koogan.
- Neri, A. L. & Sommerhalder, C. (2001). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. Em A. L. Neri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (pp. 9-64). Campinas: Editora Átomo & Alínea.
- Noonan, A. E., Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, 785-794.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pearlin, L. I., Aneshensel, C. S., Mullan, J. T. & Whitlatch, C. J. (1994). Caregiving and its social support. Em R. H. Binstock & L. K. George (Orgs.), *Handbook of aging and the social sciences*, (pp. 283-300). San Diego: Academic Press.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pruchno, R. A. & Potashnik, S. L. (1989). Caregiving spouse: Physical and mental health perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 697-705.
- Pruchno, R. A., Kleban, M. H., Michaels, E. & Dempsey, N. P. (1990). Mental and physical health of caregiving spouses: Development of a causal model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, P192-P199.
- Rabbins, P. V., Fitting, M. D., Eastham, J. & Fetting, J. (1990). The emotional impact of caring for the chronically ill. *Psychosomatics*, 31, 331-336.
- Riedel, S. E., Fredman, L. & Langenberg, P. (1998). Associations among caregiving difficulties, burden, and rewards in caregivers to older post-rehabilitation patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 165-175.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-779.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effect study. *Journal of American Medical Association*, 35, 771-779.
- Schulz, R., Newson, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C. & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The Caregiver Health Effects Study: An ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 110-116.
- Sommerhalder, C. & Neri, A. L. (2002). Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: Ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. Em A. L. Neri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas sociais* (pp. 93-134). Campinas: Átomo Alínea.
- Sommerhalder C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Educação/ UNICAMP, Campinas, SP.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J. & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over the period of 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-472.
- Townsend, A. L., Noelker, L., Deimling, G. & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychology & Aging*, 4, 393-401.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L. & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology & Aging*, 6, 392-402.
- Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J. & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 582-592.
- Wolfe, L. & Ethington, C. (1985). GEMINI: Program for analysis of structural equations with stand errors of indirect effects. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 17, 581-584.

Recebido: 15/12/2005
Revisado: 04/04/2006
Aceito: 21/06/2006

Nota:

¹ The Cardiovascular Health Study foi financiado pelo contrato N01-HC-85079 através do financiamento N01-HC-85086 do National Heart, Lung, and Blood Institute. A preparação deste artigo foi apoiada pela concessão #AG13006 do National Institute on Aging. Partes deste trabalho foram apresentadas no American Psychological Association Annual Meeting em 1997 e 2000, sendo premiadas em ambas as apresentações.

Sobre as autoras:

Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino: Psicóloga, Mestre em Psicologia, PhD em Desenvolvimento Humano, e pós-doutoranda pela University of Kansas.

Carolyn M. Aldwin: Psicóloga, pós-doutorada em Ecologia Social pela University of California at Irvine e Chair Dept. of Human Dev't & Family Sciences – Oregon State University.

Beatriz Helena Domingos Oliveira: Psicóloga, mestranda em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

Endereço para correspondência: Beatriz Helena Domingos Oliveira – Rua da Passagem A, 08 – Linhares – 36060-145 – Juiz de Fora/MG – Endereço eletrônico: izjf2004@yahoo.com.br, izjf@hotmail.com.
